

Le retour à domicile de la personne âgée dépendante après une hospitalisation : Une nécessaire coordination ...

Guide de bonnes pratiques à l'usage des professionnels concernés

Démarche conjointe Département du Rhône et
Agence Régionale d'Hospitalisation

Groupe expérimental (Maisons du Rhône, Hôpital St
Luc St Joseph, SSIAD du dispensaire Sévigné)

Personnes ressources : Dr Pascale Colom
Dr Sophie Pamiès

Sommaire

1. Introduction	p. 3 à 6
2. Les processus	p. 7 à 12
3. Les outils	p. 13 à 24
- grille de dépistage du risque de la vulnérabilité.....	p. 15
- plan d'actions pour chaque item coché « non »	p. 16
- procédure d'utilisation de la grille de dépistage du risque de la vulnérabilité	p. 17
- réunion de synthèse	p. 19
- fiche de liaison.....	p. 21
- protocole de retours à domicile coordonnés.....	p. 24
4. Les acteurs	p. 26 à 30
5. Repères pour la pratique – Évaluation du guide	p. 31 à 35
- repères pour la pratique processus	p. 32
- repères pour la rubrique acteurs.....	p. 34
6. Expérimentation	p. 36 à 42
- fiche de liaison domicile hôpital Étude prospective.....	p. 37
- protocole d'expérimentation de la grille de dépistage du risque de la vulnérabilité	p. 41
Annexes :	
- courrier accord	
- courrier de rejet	

1. Introduction



Le contexte de la démarche :

Le guide présenté ici est le résultat concret d'une année de travail entre des professionnels médicaux et sociaux de l'hôpital St Joseph St Luc et du Département du Rhône ainsi que du SSIAD du centre Sévigné.

Ce groupe est né de la volonté partagée entre le Département et l'ARH de construire une méthodologie commune d'intervention entre le sanitaire et le médico social, afin de faciliter le retour à domicile de la personne âgée dépendante sur l'ensemble du territoire du Rhône.

Cette démarche bénéficie d'un contexte favorable. En effet, le SROS de troisième génération met l'accent sur la notion de filière et pointe la nécessaire amélioration de l'interface sanitaire / médico social afin de favoriser une fluidité de prise en charge. Le SROS 3 fixe également des objectifs en terme de moyens puisqu'il favorise la création d'équipes mobiles de gériatrie (au moins une par bassin de santé) et crée des lits gériatriques de court séjour. Dans le même temps, la Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (article 56) désigne le Département comme chef de file de la politique gérontologique et confie le pilotage du dispositif CLIC au président du Conseil général. Dans le Rhône, ce sont les Maisons du Rhône qui mettent en œuvre les missions de niveau 2 des centres locaux d'information et de coordination . Ainsi, sur chaque canton, une équipe médico sociale propose une prise en charge coordonnée.

Le périmètre de la réflexion :

Le retour à domicile de la personne âgée après une hospitalisation est un fait courant, voir banal et qui dans la majeure partie des cas se passe bien. Les professionnels des champs sanitaires et sociaux observent cependant des situations problématiques qui mobilisent du temps et un nombre important d'acteurs. Il est admis que ces situations sont plus particulièrement observées pour des personnes âgées de plus de 75 ans et dépendantes. Elles représentent 5 % des sorties d'hôpital.

L'enjeu de la réflexion :

Celui-ci est notamment posé par une équipe de chercheurs de l'INSERM¹ qui démontre comment la conjonction du vieillissement de la population et de la croissance des maladies chroniques invalidantes impose de revoir complètement les logiques de prise en charge. Pour eux de nouveaux modes de pratiques doivent être initiés qui concernent autant les acteurs sociaux que médicaux. La coordination gérontologique est une première étape dans la nécessaire réforme en profondeur du système de santé en France.

¹ Colvez A , Blanchard N, Fages D, Gay M « la coordination gérontologique, pour qui, pourquoi, comment ? »
Gérontologie et société n° 100 p25- 34 ; mars 2002
Version 6 17 Juillet 2008

Notre système de santé construit pour prendre en charge des maladies aiguës n'est pas organisé pour faire face à la montée en puissance des maladies chroniques invalidantes. « Celles ci s'inscrivent dans la durée, elles doivent être soignées mais également « gérées » ». Le paiement à l'acte n'est pas adapté au suivi de ces patients, « découpant l'évolution de la maladie en une série de contacts indépendants les uns des autres chacun relevant en théorie, de la démarche « signe-diagnostic-traitement »...il isole à *priori* l'action de chaque professionnel, chacun dans son acte et ne favorise pas la communication interprofessionnelle . Il est inapte à gérer les interactions médical/social qui sont pourtant au centre de l'action visant à réduire le désavantage des personnes ayant une maladie d'étiologie non curable. Il rejette volontiers hors du champ médical les aspects sociaux. Il part volontiers à la dérive en cas d'étiologie non définie ainsi qu'en présence de pluri-pathologie.

Quelques remarques préalables :

- La question du temps : il joue différemment à l'hôpital et au domicile. L'organisation hospitalière est centrée sur sa composante technique et se fixe comme objectif d'intervenir dans un temps minimum. Au domicile, la situation évolue sur le long terme et les aides doivent être apportées au quotidien. Dans le même ordre d'idée, le retour à domicile est le plus souvent une décision médicale qui s'impose à la personne et à son entourage. Cette décision prise sur des critères bio médicaux ne permet pas d'optimiser le retour à domicile en prenant en compte d'autres critères tout aussi importants que sont en particulier l'environnement et les aides nécessaires pour la vie quotidienne.
- La question des compétences multiples mises en jeu autour de situations complexes : elles aboutissent à une dilution de l'information, à une prise en charge fractionnée et à l'absence de synthèse.
- La question de la place de la personne âgée elle-même et de son entourage : Dire que la personne âgée doit être au centre des dispositifs ne suffit pas, il faut l'écouter, l'accompagner sur le long terme et l'aider dans ses choix.
- Les leviers incontournables d'amélioration que sont le partage d'une culture gériatrique commune et la mise en œuvre territorialisée d'une coordination.

La mise en œuvre de bonnes pratiques entre les acteurs du retour à domicile, sera d'autant plus aisée que les acteurs institutionnels contribueront à créer une culture commune en :

- améliorant le contenu de la formation initiale des professionnels de santé
- utilisant la formation médicale continue des mêmes professionnels
- sensibilisant les acteurs de l'urgence et du transport sanitaire
- développant les équipes mobiles gériatriques au sein des hôpitaux
- soutenant la géronto-psychiatrie et en la développant là où elle est absente
- favorisant l'adhésion et l'implication des médecins traitants aux protocoles de sortie d'hôpital

Les objectifs du guide :

Le guide a pour objectif d'apporter des éléments de réponses localement. Il favorise la mise en place d'une culture gériatrique commune :

- en encourageant une évaluation partagée
- en mettant en place des outils communs
- en partageant des procédures
- en favorisant la circulation et la transmission des savoirs
- en donnant à chaque acteur un rôle précis

La structure du guide :

Il est structuré en trois parties :

- ▶ les processus
- ▶ les outils
- ▶ les acteurs

En annexe, une fiche d'évaluation, afin de faire évoluer le guide.



2. Processus



On entend par processus (définition du Petit Larousse) :

L'enchaînement ordonné de faits ou de phénomènes, répondant à un certain schéma et aboutissant à un résultat déterminé (définition qui correspond plus au monde industriel).

Ainsi, dans le cadre du retour à domicile après hospitalisation le terme de processus rassemble l'ensemble des actions initiées par les professionnels et la personne âgée elle-même ou son entourage, coordonnées sur un même territoire et inscrites dans la durée.

Dans le cadre du retour à domicile après hospitalisation, ce sont les personnes vulnérables qui demandent une mobilisation active et une attention particulière de l'ensemble des acteurs . Les processus qui sont décrits dans ce chapitre s'adressent particulièrement à la prise en charge de ces personnes vulnérables.

Définir la notion de Vulnérabilité :

Il n'existe pas de consensus sur une définition précise de la vulnérabilité. D'un point de vue juridique la personne vulnérable n'est définie qu'à travers le code pénal, les sanctions étant majorées pour les actes portés aux personnes vulnérables personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse.

Pour Martin Hirsch (Haut commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté), est vulnérable une personne exposée aux maux physiques et sans défense vis à vis des agressions de l'extérieur, cette définition a pris, ces récentes années, un autre sens car le terme de vulnérable est très souvent associé à des groupes de populations considérés comme pauvres ou précaires², ainsi la vulnérabilité n'est plus du seul ressort d'une agression physique, mais bien de la dégradation de plusieurs facteurs dont les conditions de vie au sens large. La personne âgée vulnérable est plus qu'une personne âgée dépendante dans la mesure où sa fragilité vient tout autant de sa perte d'autonomie physique que d'un environnement ne lui permettant pas d'être autonome (isolement, conditions de logement, revenu...).

Le repérage de la personne âgée vulnérable est donc la première étape du processus de coordination des acteurs. Cette étape permet de créer une culture commune en gériatrie, elle est centrée sur le savoir partagé.

² Exemple de la dénomination de la commission « familles, vulnérabilité, pauvreté » présidée par Martin Hirsch, chargée en 2004 de travailler sur ce thème à la demande du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

Il s'agit de repérer une **notion de risque** plutôt que d'établir un diagnostic de vulnérabilité. Ce repérage n'est possible que si un certain nombre de conditions sont réalisées :

- partager les mêmes clignotants d'alerte de la personne âgée vulnérable,
- utiliser le même outil de repérage du risque de la vulnérabilité (grille commune de dépistage du risque de la vulnérabilité présentée dans le § outils).
- Cet outil de dépistage aborde la vulnérabilité sur le plan somatique et sur le plan social. Elle a été réalisée à partir d'outils d'évaluation déjà existants (échelle IADL).

- ▶ une personne âgée dépistée vulnérable est une personne de plus de 75 ans qui présente 5 items cochés NON dans la grille de vulnérabilité

Il est à noter que cette grille devra faire l'objet d'une évaluation précise auprès des personnes âgées et des professionnels afin de vérifier d'une part si tous les items ont le même poids dans le cadre de ce dépistage et d'autre part si le nombre d'items cochés « non » soit 5 est pertinent. En effet, si la grille permettait de repérer un trop grand nombre de personnes âgées considérées comme vulnérables, l'outil ne serait pas alors suffisamment discriminant pour le dépistage de la vulnérabilité.

Ce repérage est efficace si l'utilisation de la grille est effective :

- à des moments clefs avant l'hospitalisation et au moment de la sortie d'hôpital
- devant tout signe d'inquiétude des professionnels, notamment au domicile de la personne âgée.

Ce repérage est efficace si l'utilisation de la grille déclenche :

- une entrée dans un processus coordonné de prise en compte de la vulnérabilité, dans le cadre du retour à domicile mais également dans la prévention d'une dégradation des conditions du maintien à domicile.

- ▶ un protocole commun (*présenté dans le § outils*)

Néanmoins, il convient de nuancer le poids qui pourrait être donné à des outils comme une grille commune de repérage du risque de la vulnérabilité ou un protocole commun. Les outils ne remplacent pas l'expertise de chaque professionnel ou acteur. Il n'y a pas d'outil idéal, en revanche, ils représentent une base commune indispensable dans le cadre d'une démarche de coordination des acteurs.

La sortie d'hôpital :

La sortie d'hôpital peut se faire après un passage aux urgences, après une hospitalisation dans un service médical, chirurgical (court séjour) ou de soins de suite (moyen séjour).

La qualité de la sortie d'hôpital est largement conditionnée par **les conditions de l'entrée**. Aussi, mettre en place un protocole de retour à domicile ne devrait pas dédouaner l'ensemble des acteurs d'une part d'intervenir le plus possible en amont de l'hospitalisation et d'autre part de préparer l'entrée.

Une hospitalisation pour une personne âgée même si elle est justifiée sur le plan médical est souvent source de rupture et rend la personne momentanément plus vulnérable. L'ensemble des acteurs doit se mobiliser pour prévenir celle-ci ou à défaut, de la programmer et de l'organiser.

Les sorties problématiques, sont souvent liées à un recours à l'hôpital en urgence du fait d'un événement de santé (souvent dégradation d'une maladie chronique ou d'un équilibre fragile) ou d'une situation de crise due à l'inadéquation de l'organisation du domicile, à l'état de dépendance de la personne âgée (souvent insuffisance de l'aide, dégradation de l'état de santé d'un proche).

Dans ce cas de figure, il semble important :

- d'organiser localement au cas par cas dès que cela est nécessaire des **réunions de synthèse** entre les acteurs du domicile de façon à tendre le plus possible vers des résolutions de crise au domicile.
- Certaines sorties d'hospitalisations sont momentanément retardées en raison de la non prise en compte au moment de l'hospitalisation de certains aspects qualitatifs de la prise en charge de la personne âgée à son domicile : certains documents importants comme la dernière ordonnance, le cahier de liaison du SSIAD, ou les coordonnées de la famille, une prothèse (lunettes dentiers, prothèse auditive etc.), les clés du domicile ne sont pas emmenées par la personne âgée qui parfois très perturbée par la décision de l'hospitalisation. Pourtant dans de nombreux cas, ces documents ou effets personnels vont conditionner la qualité de la sortie.
- Il paraît dès lors important de sensibiliser les acteurs de l'urgence sanitaire (SAMU, ambulanciers, pompiers) sur la nécessaire prise en compte de ces aspects et l'urgence de l'hospitalisation ne doit pas rimer avec précipitation.

Lorsque la décision de sortie de l'hôpital est prise, le fait d'évaluer une personne comme vulnérable, doit déclencher au niveau de l'hôpital, l'activation d'un protocole de sortie. L'activation du protocole peut être considéré comme la **deuxième étape** du processus de coordination des acteurs. Il est centré autour d'une situation et permet d'expérimenter concrètement un travail en réseau, mais dans une dimension formalisée.

Les avantages d'un protocole commun sont :

- simplifier le travail du professionnel
- répartir les rôles de chacun, y compris de la personne âgée ou de ses proches
- prioriser les interventions

Par ailleurs le protocole est un dispositif

- opposable à l'ensemble des acteurs (familles comprises)
- évaluable donc source d'amélioration, d'évolution et d'observation des pratiques de chacun
- évolutif de façon à s'adapter au contexte local
- permettant de créer des outils appropriés
- permettant le partage d'information

Un protocole reste cependant qu'un outil et a donc ses limites :

- peut à tout moment être remis en question
- ne s'applique pas à toutes les situations
- certaines situations limites n'entrent pas dans le protocole

La coordination à domicile :

Depuis plus de vingt ans, la coordination est au centre de l'action gériatrique. Pourtant, malgré la mise en œuvre de dispositifs divers (par ex coordonnateurs en 1981, CLIC en 2000) ou le développement d'actions locales à partir de la volonté de professionnels de terrain, la coordination est encore une problématique d'actualité, et reste un chantier en permanente construction.

La coordination est bien souvent fragile. Certains auteurs expliquent cette difficulté à créer une coordination pérenne par le fait que chaque professionnel appréhende l'idée de coordination sous une forme simple à partir des difficultés rencontrées dans l'exercice quotidien de l'activité professionnelle. Suivant une expression qu'il nous est tous arrivé d'employer « Il suffirait que l'infirmière rencontre l'auxiliaire de vie, il suffirait de joindre la famille etc. ». La solution qui paraît à première vue simple dans un contexte donné est cependant remise en cause en fonction des acteurs locaux. Oppositions personnelles, concurrences institutionnelles, relations de pouvoirs, inintérêt de chacun pour les relations interprofessionnelles.

Par ailleurs, lorsqu'une coordination informelle existe à l'initiative d'acteurs, ceux-ci se sentent mal à l'aise lorsque la coordination devient formelle (création d'un réseau par ex). Ce changement est parfois vécu comme une remise en cause de leur fonctionnement.

Qu'il s'agisse d'une coordination autour d'une situation, d'une coordination institutionnelle ou d'acteurs, d'une coordination dont le fonctionnement est vécu comme simple ou au contraire très complexe, les représentations des coordinations sont multiples et sont autant de freins à la mise en œuvre collective.

Afin de dépasser nos propres représentations, certains auteurs³ proposent une définition générale:

« Mise en ordre agencement et articulation d'éléments divers en vue d'un but à atteindre. Les relations qui s'établissent ainsi donnent au système son unité et déterminent sa logique de fonctionnement »

La mise en place d'une action concertée de retour à domicile implique une mise à plat sur un territoire des coordinations. Il existe souvent plusieurs acteurs aux missions de coordination à domicile sur un même territoire :

- l'infirmier coordinateur du SSIAD
- Le coordinateur de l'HAD
- Le coordinateur du réseau gériatrique ville hôpital
- le responsable du SAD
- la MDR avec des missions de CLIC niveau 2

Cet état des lieux doit permettre d'éclaircir le rôle de chacun, qui coordonne quoi en fonction du territoire concerné et de formaliser l'existant, sans remettre en question une organisation locale qui fonctionne correctement.

³ Années-document CLEIRPPA n° 215, juillet 1992
Version 6 17 Juillet 2008

La MDR est cependant un acteur particulier, elle est la référente désignée par la loi en tant que CLIC de niveau 3 pour les situations complexes. Elle a un rôle d'animation, de pilote et apporte son expertise grâce à son équipe médico sociale. Elle est en mesure d'identifier le coordonnateur le plus pertinent dans les situations complexes.

La coordination à domicile peut être considérée comme **la troisième étape d'un processus de coordination** mis en place à partir du repérage d'une personne hospitalisée vulnérable et faisant suite au protocole de sortie formalisée .

Prévention et traitement des situations de crises :

La situation de crise est une situation au cours de laquelle la personne âgée n'est plus en mesure de rester à son domicile soit parce que son état de santé s'est dégradé et qu'un bilan médical s'impose soit parce que le maintien à domicile n'est plus envisageable en l'état, absence ou insuffisance des aides humaines ou techniques. Les situations de crise peuvent être le fait de personnes isolées qui n'ont pas connaissance des aides possibles ou qui refusent les aides proposées. Mais ces situations peuvent être aussi le révélateur de l'épuisement des aidants qui ont tenu de nombreux mois avant de pouvoir exprimer leurs difficultés .

La prévention et le traitement des situations de crise sont l'aboutissement et sans doute, la meilleure évaluation d'un processus de coordination locale.

Le meilleur outil pour la résolution de crise semble être la **réunion de synthèse** afin d'élaborer un projet adapté avec la personne :

- Évaluation en hôpital de jour
- Suivi en CMP
- Entrée en établissement
- Réévaluation du plan d'aide...

L'organisation actuelle des soins laisse encore une place importante à l'hôpital comme lieu de traitement de la crise, y compris quand les facteurs sont plus sociaux ou environnementaux que sanitaires. La mise en place d'un protocole de traitement de la crise peut permettre si l'hospitalisation n'a pas pu être évitée de raccourcir le temps d'hospitalisation, de fluidifier la filière de prise en charge. La présence d'équipes mobiles de gériatrie intervenant aux urgences et dans les services de spécialité ont montré leur intérêt dans la prise en charge des patients âgées et dans leur orientation⁴. Des conventions passées entre les établissements hospitaliers et divers acteurs non hospitaliers ou ambulatoires favorisent également cette fluidité. C'est également l'occasion de créer des outils adaptés, et partagés par l'ensemble des acteurs .

- EHPAD
- MDR-CLIC
- CMP
- SAD
- SSIAD...

⁴ L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes de d'aides et de soins Avis et rapport du Conseil économique et social M Coquillion 26 septembre 2007

La prévention renvoie à la qualité du dispositif de veille, d'alerte, de réactivité des professionnels⁵.

La prévention des situations passe :

- o d'une part par le **repérage du risque de la vulnérabilité de la personne** par l'ensemble des acteurs du domicile. Certaines personnes âgées ne sont parfois en contact qu'avec qu'un seul professionnel (leur médecin, une infirmière ou un kiné, une aide à domicile). L'ensemble de ces acteurs doit être en alerte et repérer les premiers signes de risque de la vulnérabilité.
- o D'autre part par le repérage de **l'épuisement des aidants** par l'ensemble des professionnels du domicile. Le déclenchement d'une réunion de synthèse peut apporter des solutions à une situation avant que la crise ne se déclenche.



⁵ Fourtané P-H « le clic de Chalus » gérontologie et société – n°100 – mars2002 ; P 95-110
Version 6 17 Juillet 2008

3. Les outils

- ✚ grille de dépistage du risque de la vulnérabilité
- ✚ protocole grille de dépistage
- ✚ réunion de synthèse
- ✚ fiche de liaison
- ✚ protocole de retours à domicile



Grille de dépistage du risque de vulnérabilité de la personne âgée vivant à domicile

Objectif : Repérer les personnes âgées de plus de 75 ans vulnérables pour diminuer les hospitalisations ou les ré-hospitalisations en urgence

Identification de la structure ayant renseigné la grille :

- Service d'aide à domicile
- SSIAD
- Équipe médico-sociale MDR
- Travailleur social (CCAS, Antenne solidarité)
- Médecin traitant
- Infirmièr(e) libéral(e)
- Kiné
- Autre, préciser

TAMPON

Date :

NOM et Prénom de la personne âgée :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone de la personne référente :

Items	Définition exacte	
1.Présence familiale et/ou amicale	Il s'agit d'une présence <u>active</u> du référent familial directement mobilisable dont l'attitude bienveillante devra être vérifiée. Notion d'aidant familial actif et disponible 2 heures ⁶ par semaine au minimum.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2.Intervenant(s) professionnel(s)	Il s'agit d'un professionnel de l'aide à la personne intervenant au domicile de la personne âgée 2 heures ⁷ par semaine au minimum.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.Logement adapté	Le logement doit être accessible, isolé par rapport à la chaleur ou au grand froid. Équipement sanitaire indispensable.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Capacité à s'alimenter seul (e)	Être en capacité de s'alimenter seul même lorsque le repas est préparé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5.Capacité à utiliser le téléphone et/ou alerter	Il s'agit d'évaluer l'aptitude à communiquer, à faire appel à un tiers.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6.Capacité à se déplacer seul à l'extérieur	La capacité de maintien d'une vie sociale, de réaliser des courses, achat de médicaments, se rendre à la banque chercher son courrier ou autres démarches simples est ici mesurée.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7.Capacité à (gérer) seul(e) son traitement médical	Gestion autonome ou au moins à l'aide d'un pilulier journalier (ou hebdomadaire).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8.Capacité à gérer seul(e) son budget	Doivent être prises en compte les notions de mises en situations de danger, de risques d'abus, de nécessité de protection adultes vulnérables.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Feuille à adresser par fax ou par courrier au responsable PA-PH de la MDR (secteur du domicile de la PA)



⁶ Le nombre d'heure retenu et la répartition dans la semaine seront précisés lors de l'évaluation de la grille

⁷ Le nombre d'heure retenu et la répartition dans la semaine seront précisés lors de l'évaluation de la grille

Plans d'actions pour chaque item coché « NON »

Items	Évaluation	Actions prioritaires
1.Présence familiale et/ou amicale	<p><i>Évaluer la présence de l'entourage et vérifier sa bienveillance</i></p> <p style="text-align: right;">⇒ Si malveillance</p> <p><i>Évaluer la souffrance de la personne par rapport à une absence d'entourage</i></p> <p style="text-align: right;">⇒ Si souffrance</p>	<p>⇒Évaluation MDR ⇒Contact responsable PA-PH MDR</p> <p>⇒ Évaluation MDR ⇒Contact responsable PA-PH MDR</p>
2.Intervenant(s) professionnel(s)	<p>Si interventions de plusieurs services, vérifier la présence d'une personne en charge de la coordination des interventions</p> <p>⇒ Si aucun professionnel ne coordonne</p>	<p>⇒Contact avec le responsable PA-PH MDR</p>
3.Logement adapté	<p>Évaluation de l'adaptation du logement de la personne</p> <p style="text-align: right;">⇒ Si pas adapté</p>	<p>⇒ Évaluation MDR au domicile ⇒ contact responsable PA-PH de la MDR</p>
4. Capacité à s'alimenter seul (e)	<p>Évaluation</p> <p style="text-align: right;">⇒ Si Non</p>	<p>⇒ Évaluation AS ou infirmière MDR – Mise en place d'une aide à domicile pour l'aide à l'alimentation</p>
5.Capacité à utiliser le téléphone et/ou alerter	<p>Évaluation par le SAD ou par les équipes médico-sociales des MDR</p>	<p>Conseils de prévention, orientation vers les services compétents (téléalarme etc), orientation possible par la MDR</p>
6.Capacité à se déplacer seul à l'extérieur	<p>Évaluation par tous les professionnels y compris par le médecin traitant</p> <p>⇒ Si ne se déplace pas seul vers l'extérieur</p>	<p>Envisager les solutions possibles avec la personne âgée et la personne référente. Contact possible avec le responsable PA-PH pour orientation</p>
7.Capacité à (gérer) seul(e) son traitement médical	<p>Évaluation par tous les professionnels mais plus particulièrement par le médecin traitant</p>	<p>Envisager les solutions possibles avec la personne âgée et la personne référente. Contact possible avec le responsable PA-PH pour orientation</p>
8.Capacité à gérer seul(e) son budget	<p>Évaluation</p> <p style="text-align: right;">⇒ Si Non</p>	<p>⇒ Évaluation AS MDR - Contact avec le responsable PA-PH de la MDR</p>



Procédure d'utilisation de la grille de dépistage du risque de la vulnérabilité

Le professionnel du domicile remplit la grille pour toute intervention chez une personne âgée de plus de 75 ans. Est annexée à la grille, la liste des responsables PA-PH des MDR de Lyon.

Lorsque 5⁸ items sont cochés NON, le professionnel ou son responsable faxe la grille au responsable PA-PH de la MDR du domicile de la PA.

Le responsable PA-PH accuse réception de la grille dans les 8 jours en renvoyant un courrier type au professionnel ou à son responsable à l'origine de l'alerte en indiquant

- le professionnel de la MDR en charge du suivi de la situation
- si la personne est connue ou inconnue de la MDR
- le plan d'actions prévu (visites à domicile, appel téléphonique, réunion de synthèse etc.)

Lorsqu'une visite à domicile est prévue, le professionnel en charge du dossier a connaissance de la grille de dépistage du risque de la vulnérabilité et réalise une évaluation à partir d'une fiche visite.

Lors de cette visite, le professionnel à l'origine de l'alerte peut introduire le professionnel de la MDR en charge du suivi de la PA.

La prise en charge de la PA se réalise au cas par cas.

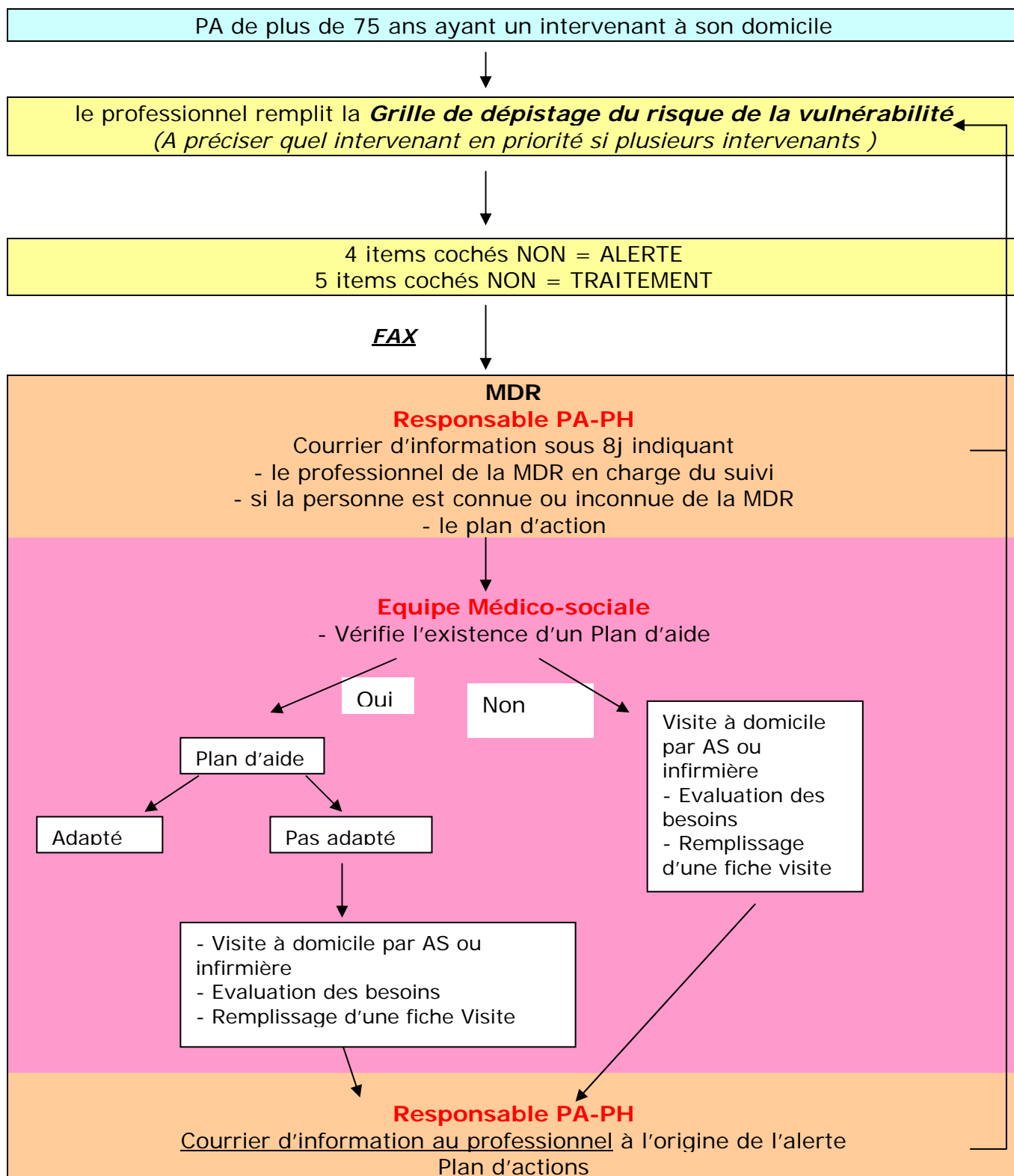
Une fois la visite réalisée, un courrier est envoyé par le responsable PA-PH au professionnel qui a déclenché l'alerte pour l'informer des mesures prises suite à la visite.

Le responsable PA-PH s'assure de la tenue des outils de suivi mis en place dans le cadre de l'expérimentation. Les fiches visites sont analysées par la CMS . (lien avec l'hôpital si hospitalisation- Indicateurs à définir).



⁸ Le nombre d'items validant l'alerte sera défini plus précisément au cours de l'expérimentation.

Procédure d'utilisation de la grille de dépistage du risque de la vulnérabilité



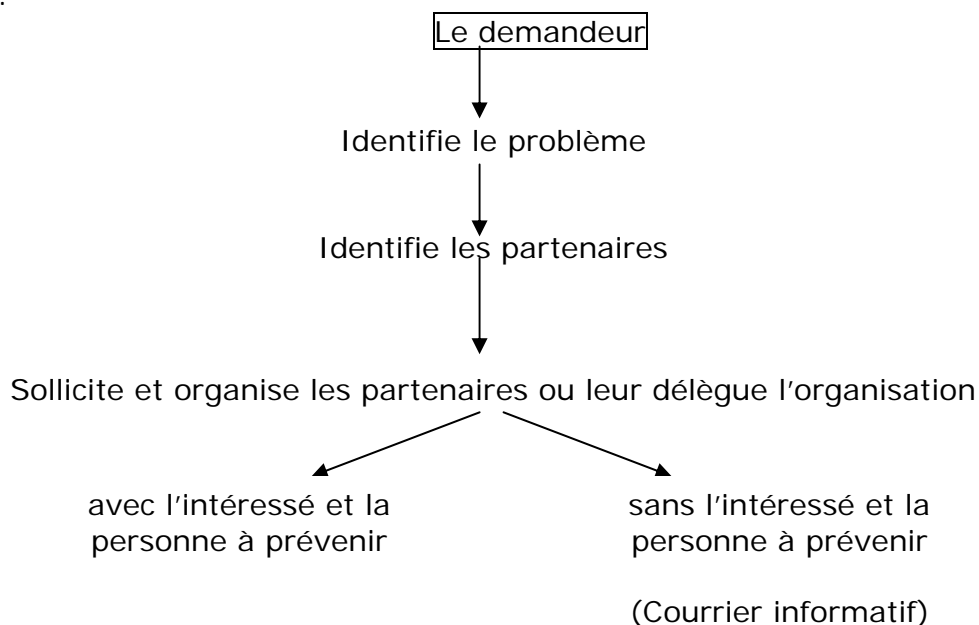
CAHIER DES CHARGES DE LA REUNION DE SYNTHESE

PRINCIPES POUR UN BON FONCTIONNEMENT

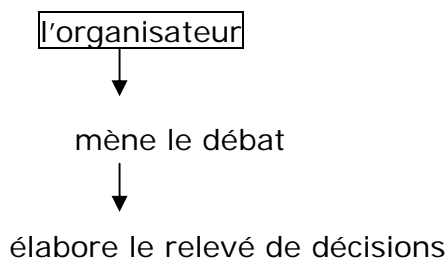
1. Connaissance de chaque partenaire et respect mutuel des fonctionnements.
Connaissance mutuelle des limites et contraintes.
2. Chaque partenaire est légitimé pour organiser une réunion de synthèse.

ORGANISATION D'UNE REUNION DE SYNTHESE

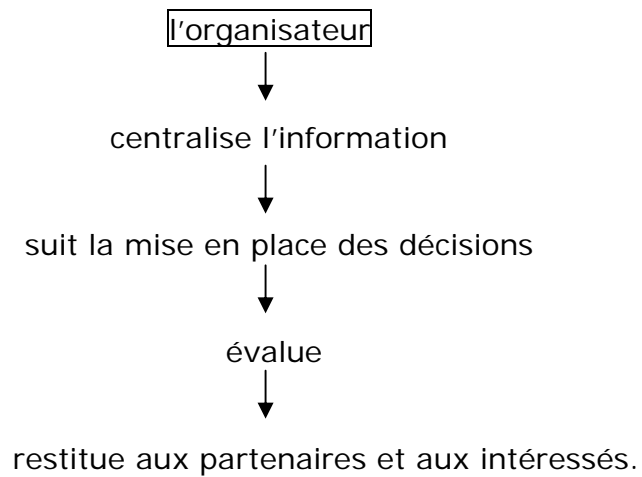
En amont :



La réunion



En aval



IDENTIFICATION DES PARTENAIRES (liste non exhaustive)

PERSONNE AGEE ,FAMILLE , et/ou PERSONNE A PREVENIR	
SSIAD	coordinatrice
AIDE A DOMICILE	responsable de secteur ou coordonnateur
ANTENNE SOLIDARITE	travailleur social et /ou à défaut responsable .
MDR	travailleur social et /ou médical identifié ou à défaut responsable PA/PH
CMP	assistante sociale ou IDE psy
HOPITAUX	assistant social identifié et/ou équipe mobile gériatrique
ACCUEIL DE JOUR	responsable
CRAM/CAISSES DE RETRAITE	assistante sociale
TELEASSISTANCE	responsable
LIBERAUX	médecin, kiné, IDE.....



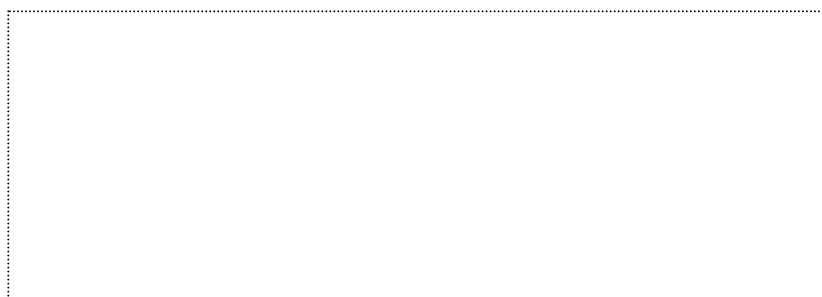
FICHE DE LIAISON

Domicile-Hôpital

En cas d'hospitalisation
à adresser avec votre courrier médical

Structure d'origine

Tampon du service



Identification du patient

Nom Prénom

Date de naissance

.....

Adresse

Étage Digicode

Téléphone/...../...../...../.....

N° Sécurité sociale/...../...../...../...../...../...../.....

Mutuelle

Situation familiale

Personne à prévenir

Aide attribuée ADPA AUTRE

Intervenants (nom, coordonnées et passage)

Médecin traitant

Médecin spécialiste

Infirmière

Kiné

Aide à domicile

Télé Assistance

Portage de repas

Référent médico-social Maison du Rhône

.....

Bénévole

Accessibilité du logement

Maison individuelle

Plain-pied

Étage sans ascenseur

Appartement

Rez-de-chaussée

Étage

Marche d'escalier

Ascenseur

Aides techniques

Salle de bains

Baignoire

Douche

Barre

Plancher de bains

Toilettes

Rehausseur

Barre

Matériel

Lit médicalisé

Potence

Fauteuil roulant

Cadre de marche

Canne

Chaise-pot

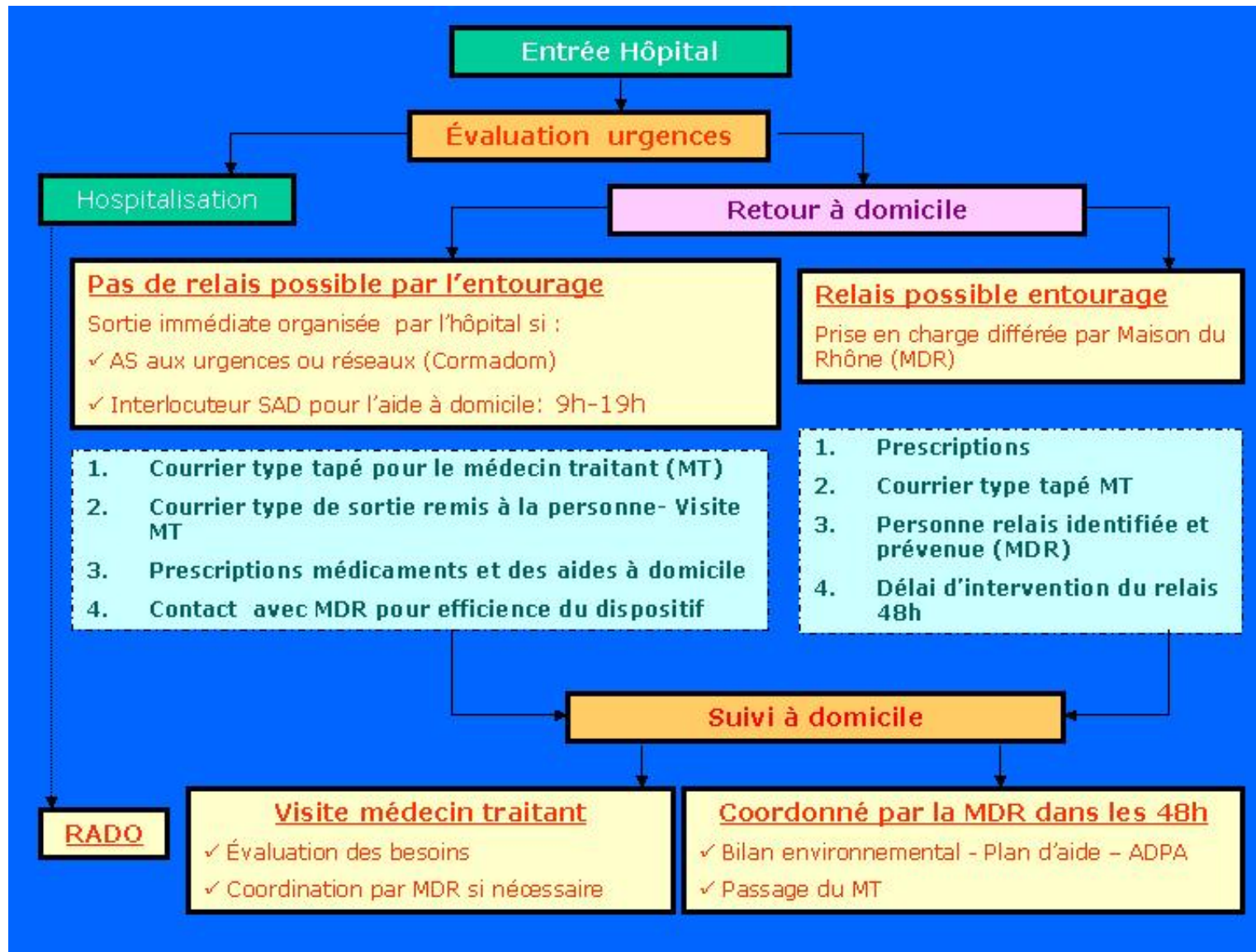
Urinal

Protections

Animaux



Protocole de retours à domicile coordonnés



4. Les acteurs



Il apparaît aujourd'hui que la décision du retour à domicile après hospitalisation, s'appuie essentiellement sur des arguments médicaux et pas assez sur des critères environnementaux et des arguments pouvant être développés par l'utilisateur et sa famille. Par ailleurs, il serait nécessaire de prendre en compte les événements préalables à l'hospitalisation lors de cette décision, en lien avec les acteurs médico sociaux ou la personne âgée et son entourage.

Il apparaît donc difficile de formuler des recommandations d'ordre général, tant chaque situation nécessite des adaptations des différents acteurs. Ceci dit, un certain nombre de repères peuvent être partagés.

Ils figurent sous formes de questions clefs, repérées dans les encadrés en annexe. Ces questions sont données à titre indicatif et constituent un socle commun à l'ensemble des acteurs.

La personne âgée et son environnement

■ Le retour à domicile : une décision expliquée

- La décision de sortie de l'hôpital est prise par l'équipe médicale.
- Une évaluation des capacités de l'entourage à accompagner la sortie et le retour à domicile est faite par le service social de l'hôpital et permet de déterminer le protocole à appliquer. (cf. page..). Le protocole est expliqué à la personne âgée et à son entourage.
- La décision de sortie est expliquée à la personne âgée ou/et à son entourage par l'équipe médicale en termes simples et adaptés

■ Les acteurs du retour à domicile

- Le repérage des acteurs est fait par les services sociaux. Il est facilité par la fiche de liaison si la personne bénéficie déjà d'un plan d'aide.
- Les acteurs peuvent être regroupés en plusieurs catégories :
 - ▶ La personne âgée elle-même
 - ▶ L'entourage proche
 - ▶ Les intervenants à domicile :
 - C'est un ensemble de professionnels, associations et services, qui concourent au maintien à domicile de la personne âgée.
 - Ils figurent dans un répertoire départemental actualisé et en ligne.

► **Intervenants institutionnels :**

Ce sont les personnes ressources des institutions sanitaires et médico sociales

Ces équipes doivent systématiquement être associées pour les retours à domicile problématiques.

Acteurs clefs

L'assistante sociale du centre hospitalier : Elle peut travailler au sein du service social de l'hôpital ou bien faire partie de l'équipe mobile de gériatrie. Elle est plus ou moins spécialisée. Dans tous les cas, sa connaissance des professionnels médico sociaux est précieuse pour l'organisation du retour à domicile. C'est elle qui recueille les éléments d'information sur le domicile et l'environnement de la personne âgée. Au sein de l'équipe mobile , elle travaille en étroite collaboration avec le médecin gériatre.

Le médecin de l'équipe mobile de gériatrie : il évalue les situations au sein de l'hôpital aux urgences et dans les services. Il impulse une culture gériatrique au sein de l'établissement et anime l'équipe mobile.

L'assistante sociale de la MDR : Elle élabore le plan d'aide . Elle est plus ou moins spécialisée dans le domaine selon les cantons

L'infirmière gériatre de la MDR : elle évalue les besoins de la personne dans le cadre de l'instruction des dossiers ADPA

Le médecin gériatre de la MDR : il apporte l'expertise médicale et coordonne l'EMSA. Il intervient dans les champs de la gériatrie et également du handicap. Il travaille sur plusieurs cantons.

La coordinatrice de SSIAD : Elle coordonne les actions de son personnel, est en lien avec les intervenants institutionnels comme les assistantes sociales des services hospitaliers ou des maisons du Rhône. Elle participe aux instances de gérontologie de son secteur.

► **Intervenants médicaux et para médicaux :**

C'est l'ensemble des professionnels de santé du secteur public ou privé en capacité d'évaluer l'état de santé de la personne et d'intervenir dans le cadre d'un parcours de soins.

Ils ont un rôle majeur dans le cadre de la continuité des soins lors du retour à domicile.

Exemples d'acteurs clefs :

. Le médecin libéral : il est le relais privilégié des équipes hospitalières, il assure la continuité des soins et garantit une approche globale des besoins de la personne âgée.

. L'infirmière libérale : elle agit en complémentarité avec le médecin traitant ; ses interventions régulières auprès de la personne âgée lui permettent de réactualiser l'évaluation de l'état de santé de la personne âgée et d'alerter autant le médecin traitant que les aides à domicile.

■ Les conditions pratiques du retour à domicile

Elles doivent être connues et expliquées à la personne âgée et à son entourage, les points suivants sont systématiquement explorés :

- Autonomie de la personne âgée à son domicile : est-elle modifiée de façon transitoire ou définitive ?
- Accessibilité du domicile et adaptation à l'état de la personne âgée
- Organisation mise en place
- Coût et modes de financement possibles.

Le rôle des professionnels

Les professionnels non soignants et soignants ont un rôle prépondérant d'accompagnement et surtout de distanciation. Ils sont là pour poser des questions, faire cheminer la personne âgée, entendre les limites de l'entourage et mobiliser les solutions adaptées à la situation.

Ils sont là pour poser des principes de réalité, faire émerger les problèmes et aider à les résoudre. Ils n'ont pas toutes les réponses mais sont souvent à même de mobiliser un réseau local par leur connaissance et maîtrise des dispositifs.

Le professionnel :

- est facilement repérable et identifiable par la personne âgée.
- est rigoureux dans la transmission d'informations vers la personne âgée et vers les autres professionnels.
- agit selon les règles d'éthique de sa profession.
- est au service de la personne âgée et de son entourage. Il doit renseigner les outils de liaison et faire en sorte que ces documents soient accessibles à la P.A. et son entourage .
- repère le bon interlocuteur et si cela est difficile, il doit être à même de proposer une décision collégiale et de l'organiser (gestion de crise). Le bon interlocuteur est d'emblée la personne âgée elle-même si elle le peut, sinon rechercher parmi les proches la personne de confiance.
- a le souci de ne pas rester seul face à une situation complexe et provoquera, avec l'appui de la Maison du Rhône, les réunions de concertation nécessaires.

La formation des professionnels

- Participe à une culture gérontologique commune.
- Facteur de réussite de l'articulation entre le médico social et le sanitaire dans le retour à domicile
- Englobe trois axes :
 - ✗ la connaissance et le respect de la personne âgée,
 - ✗ le repérage des acteurs d'un réseau de gérontologie
 - ✗ l'appréhension fine des ressources sur un territoire donné.
- Est intégrée dans les plans de formation offerts à chaque acteur
- Est mise en place sur les territoires de façon à favoriser l'approche et le travail inter -institutionnel.

La dynamique de réseau

- Facilite l'articulation entre le sanitaire et le médico-social.
- Est pilotée par les Maisons du Rhône, responsables selon la loi , de l'action concertée gérontologique sur leur territoire en lien avec les structures sanitaires.
- Est favorisée par des temps de concertation et de synthèse autour des situations problématiques.
- Recherche l'interdisciplinarité et peut associer d'autres professionnels dont l'expertise paraît souhaitable (psychologue, juriste...).

Conclusion

L'expérience montre qu'un retour à domicile réussi dépend de la capacité de chaque acteur à jouer son rôle, dans le réseau sanitaire et médico-social. L'existence d'un protocole commun et d'outils communs (répertoire, méthodologie d'intervention, critères d'évaluation de la situation, déontologie) constitue le socle commun sur lequel les acteurs vont s'appuyer.

Seule une coordination efficiente des acteurs permet la prise en compte des besoins de la personne âgée dans le cadre d'un retour à domicile réussi.

5. Repères pour la pratique – Évaluation du guide

✚ Processus

✚ Acteurs



Repères pour la pratique processus :

Mise en place d'un plan d'aide

Les professionnels de la MDR s'engagent à informer le médecin traitant de la mise en place d'un plan d'aide dans le cadre de l'APA ou du rejet du dossier

Coordination à domicile

- ✓ La MDR assure la coordination des situations complexes ou la délègue à un professionnel du domicile le plus pertinent et avec son accord.
- ✓ Les SAD s'assurent de la coordination effective entre intervenants et s'engagent en cas de coordination non efficiente à informer la MDR.
- ✓ La MDR peut de sa propre initiative ou à la demande d'un partenaire déclencher une réunion de synthèse lors du repérage d'une situation de crise, de vulnérabilité ou de tout autre situation complexe.
- ✓ La MDR s'engage à respecter le protocole et le cadre de la réunion de synthèse notamment l'information de la personne âgée elle-même.

Communication entre la MDR et les partenaires du domicile et du secteur sanitaire

- ✓ La MDR s'engage à partager dans le respect du secret médical , dans des délais brefs, les informations qu'elles jugent pertinentes pour améliorer la prise en charge de la personne âgée à son domicile et dans le cadre de son hospitalisation ou de son retour à domicile.
- ✓ La MDR assure une permanence téléphonique pour les situations complexes tous les jours ouvrables de 9h à 17h.
- ✓ La permanence téléphonique des MDR sur le Département du Rhône est connu de l'ensemble des hôpitaux.
- ✓ La MDR s'engage à coordonner les situations complexes.

Repérage du risque de la vulnérabilité

- ✓ Après une phase d'expérimentation, de validation et d'ajustement, l'ensemble des professionnels intervenant au domicile y compris l'ensemble des professionnels libéraux participent au dépistage du risque de la vulnérabilité et utilisent la grille selon le protocole défini.
- ✓ Les professionnels de la MDR participent à la promotion de la grille sur leur territoire.

L'alerte

- ✓ Le professionnel intervenant au domicile doit alerter la MDR (responsable PA PH) après repérage d'une situation de vulnérabilité - (utilisation de la grille de risque de la vulnérabilité comprenant 5 items cochés NON) suivant le protocole.
- ✓ La MDR assure le suivi de la situation.
- ✓ La MDR informe le professionnel du plan d'actions mise en place.

L'hospitalisation

- ✓ En cas d'hospitalisation l'équipe médico-sociale partage les informations pertinentes pour la prise en charge de la personne avec les équipes du sanitaire dans le respect du secret médical.

La sortie d'hôpital

- ✓ Les professionnels du secteur hospitalier s'engagent à respecter le protocole de sortie expérimenté et validé.
- ✓ Les SAD tarifés s'engagent à assurer une permanence permettant une intervention 7 jours sur 7 en cas de sortie d'hôpital complexe.
- ✓ Les médecins libéraux s'engagent à revoir les situations complexes.
- ✓ Les équipes médico-sociales s'engagent dans un suivi des situations complexes dans les délais prévus dans le cas du protocole.



Repères pour la pratique acteurs :

Les acteurs

La personne âgée

- . Est-elle en état de stress psychologique ?
- . Présente-t-elle des signes d'altération de son état mental ?
- . Subit-elle des contraintes ?
- . Présence d'un conjoint dépendant ?
- . Présence d'animaux, préoccupations matérielles, craintes... ?
- . Quelle est son autonomie ?

Les proches

- . Existe-t-il un conjoint, quelle est son autonomie ?
- . Les enfants : ont-ils été contactés ? Sont-ils sur place ? Sont-ils présents et comment ?
- . Un membre de la famille, autre que le conjoint et les enfants .
- . Un(e) ami(e) est-il(elle) en capacité d'aider réellement la personne âgée ?
- . Un voisin est-il en capacité d'aider réellement la personne âgée ? – quel est son rôle habituellement ? Quelle est sa fiabilité ?

Les intervenants à domicile

- . La personne âgée bénéficiait-elle de services à domicile au préalable de l'hospitalisation ?
- . A-t-on connaissance des prestations ?
- . Les prestataires sont-ils informés ?
- . Quelle réactivité peuvent-ils avoir par rapport aux nouveaux besoins de la personne ?

Les intervenants institutionnels

- . L'équipe mobile de gériatrie ou à défaut l'assistante sociale de l'hôpital est-elle prévenue ? A-t-elle rendu une évaluation ?
- . L'équipe médico sociale de la Maison du Rhône est-elle prévenue ? Peut-elle prendre le relais dans les 48 h ? Connait-elle la situation ?
- . Les équipes se sont-elles articulées autour de la situation ? Sont-elles en mesure d'appliquer un protocole de retour à domicile ?

Les intervenants médicaux et para médicaux

- Sont-ils prévenus ? :
- . Infirmière coordinatrice du SSIAD (évaluation ?)
 - . Médecin traitant
 - . Infirmière libérale
 - . Kinésithérapeutes
 - . Assistance médicale à domicile (délivrance d'oxygène – pompes à insuline)



6. Expérimentation



Projet d'une étude prospective sur la pertinence d'une FICHE DE LIAISON Domicile-Hôpital

Objet: Étude de la pertinence d'une fiche de liaison entre le domicile et l'hôpital favorisant l'accueil et l'orientation des personnes âgées en cas d'hospitalisation aux urgences

Territoire : Ville de Lyon (échantillonnage à définir)

Public : les nouveaux bénéficiaires de l'ADPA, les dossiers de révision avec VAD, les patients des SSIAD

Début de l'enquête : 1er mars 2008

Durée de l'enquête : 6 mois

Professionnels de santé à sensibiliser :

- Médecins généralistes de Lyon,
- Médecins des urgences de l'hôpital Saint Joseph-Saint Luc, HCL, HEH
- Médecins du SAMU et Centre 15,
- Médecins de SOS Médecins,
- Pompiers, ambulanciers.

Évaluation : réalisée en fin d'étude en lien avec les hôpitaux et le Département

. Analyse qualitative sur la pertinence de l'outil de liaison

. et analyse quantitative sur le nombre de fiches retournées par les hôpitaux



FICHE DE LIAISON

Domicile-Hôpital

En cas d'hospitalisation
à adresser avec votre courrier médical

Structure d'origine

Tampon du service



Identification du patient

Nom Prénom

Date de naissance

.....

Adresse

.....

Étage Digicode

Téléphone/...../...../...../.....

N° Sécurité sociale/...../...../...../...../...../...../.....

Mutuelle

Situation familiale

Personne à prévenir

Aide attribuée ADPA AUTRE

Intervenants (nom, coordonnées et passage)

Médecin traitant

Médecin spécialiste

Infirmière

Kiné

Aide à domicile

Télé Assistance

Portage de repas

Référent médico-social Maison du Rhône

.....

Bénévole

Accessibilité du logement

Maison individuelle

Plain-pied

Étage sans ascenseur

Appartement

Rez-de-chaussée

Étage

Marche d'escalier

Ascenseur

Aides techniques

Salle de bains

Baignoire

Douche

Barre

Planche de bains

Toilettes

Rehausseur

Barre

Matériel

Lit médicalisé

Potence

Fauteuil roulant

Cadre de marche

Canne

Chaise-pot

Urinal

Protections

Animaux

A remplir par le médecin des urgences et à renvoyer à

Docteur DEMONET
UT Lyon 3
Service PA-PH
149 rue Pierre Corneille
69003 LYON

dominique.demonet@rhone.fr

Nom du patient

Cette fiche a-t-elle été utile pour l'accueil de votre patient ?

Oui Non

Cette fiche a-t-elle été utile pour l'orientation de votre patient ?

Oui Non

Tampon de votre service



Protocole d'expérimentation de la grille de dépistage du risque de la vulnérabilité

Objectif

Expérimenter la grille de dépistage du risque de la vulnérabilité auprès de professionnels intervenant dans le maintien à domicile

Public cible

La grille de dépistage du risque de la vulnérabilité est expérimentée auprès de toute personne âgée de plus de 75 ans par des professionnels intervenant au domicile c'est à dire les professionnels

- **des SSIAD**
 - ✓ Résidom (secteur d'intervention Lyon 5, Lyon 9 et Lyon 7)
 - ✓ SSIAD Sévigné (Lyon 3ème)
 - ✓ SSIAD ma demeure
 - ✓ SSIAD secteur de Montchat
- **Des SAD** entrant dans la démarche de la tarification du secteur retenu
- **Les équipes des MDR sur les UT de Lyon** : les AS spécialisées, les infirmières
- **Les médecins libéraux volontaires**
- **Les travailleurs sociaux des CCAS** ou antennes Solidarités

Intérêt de définir un échantillonnage

Territoire de l'expérimentation

Lyon (à préciser avec le Copil en fonction de l'échantillonnage)

Méthodes

I Formation des professionnels à l'outil et à la procédure qui suit l'alerte

- **Rencontres auprès des professionnels** : l'objectif de ces rencontres est de présenter le cadre de l'expérimentation et la grille de dépistage de la vulnérabilité ainsi que son utilisation
 - ✓ Réunion d'information pour les SSIAD et les SAD pour expliquer le protocole et la phase d'expérimentation dans un cadre officiel
 - ✓ Formation des infirmières et des AS spécialisées des UT de Lyon
 - ✓ Rencontres avec les médecins généralistes volontaires dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles pour envisager l'expérimentation de la grille de dépistage du risque de la vulnérabilité
 - ✓ Rencontres avec les associations de Kiné pour envisager une expérimentation auprès de ces professionnels
- **Formation des responsables PA-PH des MDR à la procédure suite à l'alerte**

II Création d'outil de liaison et d'évaluation

- **Création d'outils de liaison (courrier type pour informer du plan d'action et identifier le professionnel en charge du dossier)**
- **Création d'une fiche visite**

III Création de tableaux de bords de suivi

- **Identification des indicateurs de suivi**
- **Création des outils de suivi mensuel pour les responsables PA-PH**

IV Moyens humains

À définir avec le COPIL , nécessité de faire une étude de faisabilité

V Procédure d'utilisation de la grille en annexe

VI Évaluation

A 3 mois, 6 mois et à 1 an

- **Évaluation du processus et ajustement**
- **Évaluation des résultats**
 - ✓ **Quantitative : nombre de retour des grilles de dépistage dans chaque UT**
 - ✓ **Qualitative : pertinence des grilles en amont de l'hospitalisation et après une hospitalisation (indicateurs à définir à partir des items de la fiche visite)**

VI Échéancier

Mars 2008

- ✓ **information du public cible**
- ✓ **formations des responsables PA PH**
- ✓ **création des outils de suivi et d'évaluation**

Avril 2008

lancement de l'expérimentation

Juin 2008

évaluation à 3 mois et ajustement

Septembre 2008

évaluation à 6 mois ajustement

Fin décembre 2008

bilan évaluation

